

---

# GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TAMIZAJE, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

---

RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 136-2023 /MINSA

## GUÍA TÉCNICA



PERÚ

Ministerio  
de Salud



Bernard  
van Leer  
FOUNDATION



BICENTENARIO  
DEL PERÚ  
2021 - 2024

## Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención. Guía técnica / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental - Lima: Ministerio de Salud; 2023. 76 p. ilus.

SALUD MENTAL / DEPRESIÓN / TAMIZAJE MASIVO / ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD / ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD / POBLACIONES VULNERABLES / INSTITUCIONES DE SALUD / NIVELES DE ATENCIÓN DE SALUD / GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL / INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2023-07151

### Guía de Práctica Clínica para Tamizaje, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en Personas Mayores de 18 años desde el Primer Nivel de Atención.

Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental (MINSa / DGIESP / DSAME).

#### Responsables de la elaboración (MINSa / DGIESP / DSAME):

Méd. Psiq. Yuri Licinio Cutipé Cárdenas  
 Méd. Psiq. July Esther Caballero Peralta  
 Enf. María de los Ángeles María Mendoza Vilca  
 Enf. Rita Marión Uribe Obando  
 Méd. Psiq. Carlos Abel Bromley Coloma  
 Méd. Psiq. Margarita Yamile Natalia Pinao Suárez  
 Psic. María del Pilar Luna Ríos  
 QF. Mery Luz Pillaca Medina  
 Psic. María Gioconda Coronel Altamirano  
 Enf. Ruth Rosa Espinoza Villafuerte  
 Psic. Miguel Ángel Hinojosa Mendoza  
 Psic. Gladys Zoraida Champi Jalixto  
 Psic. Rosa María Zapata Guizado  
 Psic. Edith Brígida Santos Zúñiga

Psic. Patricia Alvarado Chirinos  
 Psic. Nancy Mercedes Capacyachi Otárola  
 Méd. Psiq. Manuel Eduardo Escalante Palomino  
 Méd. Psiq. Natalia Ascurra Cano  
 Enf. Loida Esenarro Valencia  
 Enf. Victoria Isabel Peña Palma  
 Enf. Leidi Julisa Vivas Ramos  
 Méd. Psiq. Carla Pamela Cortez Vergara  
 Psic. María Elena Morante Maco  
 Méd. Psiq. Sandra Orihuela Fernández  
 Comunicadora Susana Mercedes Gonzales Urbina  
 Adm. Valery Antonella Peralta Rodríguez  
 Adm. Carolina Inés Meza Flores

#### Equipo de revisores (MINSa / DGIESP / DSAME):

Yuri Cutipé Cárdenas  
 Rita Uribe Obando

Carlos Bromley Coloma  
 María De los Ángeles Mendoza Vilca

#### Revisor externo (versión extensa):

Dr. Rubén Alvarado Muñoz

© MINSa, agosto, 2023  
 Ministerio de Salud  
 Av. Salaverry N° 801, Lima 11 – Perú  
 Telf.: (51-1) 315-6600  
<https://www.gob.pe/minsa/>  
[webmaster@minsa.gob.pe](mailto:webmaster@minsa.gob.pe)

1ª. Edición, agosto 2023 (versión digital)

<http://bvs.minisa.gob.pe/local/MINSa/6597.pdf>



PERÚ

Ministerio  
de Salud



**CÉSAR HENRY VÁSQUEZ SÁNCHEZ**

Ministro de Salud

**ERIC RICARDO PEÑA SÁNCHEZ**

Viceministro de Salud Pública

**CIRO ABEL MESTAS VALERO**

Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

**JOSÉ ERNESTO VIDAL FERNÁNDEZ**

Secretario General

**CRISTIAN DIAZ VELEZ**

Director General de la Dirección General de  
Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

**JULY ESTHER CABALLERO PERALTA**

Directora Ejecutiva de la Dirección de Salud Mental

# INDICE

## I. FINALIDAD Pag. 10

---

## II. ÁMBITO DE APLICACIÓN Pag. 11

---

## III. CONSIDERACIONES GENERALES Pag. 12

### 3.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

### 3.2 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

## IV. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS Pag. 14

### 4.1 CUADRO CLÍNICO

### 4.2 TAMIZAJE

### 4.3 EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

### 4.4 EXÁMENES AUXILIARES

### 4.5 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

### 4.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

### 4.7 FLUJOGRAMAS

## V. ANEXO Pag. 54





# Resolución Ministerial

Lima, 08 de FEBRERO del 2023



H. REBAZA



M. AGUILAR



J. SILVA



A. AVILA



A. SILVA F.



V. SUÁREZ



C. ALVARADO CH.



H. Cambos

Visto, el Expediente N° DGIESP2022000073, que contiene la Nota Informativa N° D000060-2022-DGIESP-MINSA, los Memorándums N° D000142-2022-DGIESP-MINSA, N° D001488-2022-DGIESP-MINSA y D000365-2023-DGIESP-MINSA, los Informes N° D000009-2022-DGIESP-DSAME-MINSA, N° D000061-2022-DGIESP-DSAME-MINSA y D000026-2023-DGIESP-DSAME-MINSA de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, y el Informe N° D000113-2023-OGAJ/MINSA de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

### CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, respectivamente. Asimismo, el numeral V del Título Preliminar de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, ha previsto que es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de salud mental de la población, entre otros;

Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, señala como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la salud de las personas;

Que, los literales b) y h) del artículo 5 del acotado Decreto Legislativo, modificado por Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades, establecen que son funciones rectoras del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno, así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de la política nacional y políticas sectoriales de salud, entre otros;





H. REBAZA



M. AGUILAR



J. SILVA



A. AVILA



A. SILVA F.



V. SUÁREZ



C. ALVARADO CH.

Que, la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, ha previsto en su artículo 7 que, en el marco de lo establecido en el artículo 7 de la Constitución Política del Perú, toda persona, sin discriminación alguna, tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental. El Estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental en número suficiente, en todo el territorio nacional, así como el acceso a prestaciones de salud mental adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación;

Que, el numeral 17.2 del artículo 17 del Reglamento de la Ley N° 30947, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2020-SA, dispone que el Ministerio de Salud elabora los documentos normativos destinados a orientar las intervenciones en salud mental, con base en las evidencias científicas disponibles en los diferentes campos de las ciencias, los contextos y los recursos;

Que, el artículo 63 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-SA, establece que la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, competente para dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas en salud pública en materia de salud mental, entre otras;

Que, en ese sentido, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública ha propuesto para aprobación la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Tamizaje, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en Personas Mayores de 18 años desde del Primer Nivel de Atención;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

Con el visado de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, del Instituto Nacional de Salud, de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, de la Dirección General de Operaciones en Salud, de la Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias, de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Despacho Viceministerial de Salud Pública y del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud y por el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades; y, el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por los Decretos Supremos N° 011-2017-SA y N° 032-2017-SA;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1.-** Aprobar la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Tamizaje, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en Personas Mayores de 18 años desde del Primer Nivel de Atención, que como Anexo forma parte de la presente Resolución Ministerial y que se publica en la sede digital del Ministerio de Salud.

**Artículo 2.-** Disponer que la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública realice la difusión, asistencia técnica y supervisión hasta el nivel



H. Gamboa



# Resolución Ministerial

Lima, 08 de FEBREIRO del 2023



H. REBAZA



M. AGUIAR



J. SILVA



A. AVILA



A. SILVA F.



V. SUÁREZ



ATVARADO CH.



H. Gamboa

regional del documento normativo aprobado en el artículo 1 de la presente Resolución Ministerial.

**Artículo.3.-** Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial y su Anexo en la sede digital del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

y w D

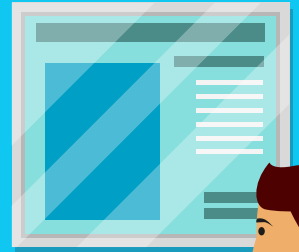
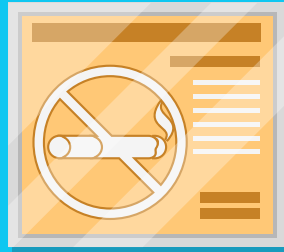
ROSA BERTHA GUTIÉRREZ PALOMINO  
Ministra de Salud

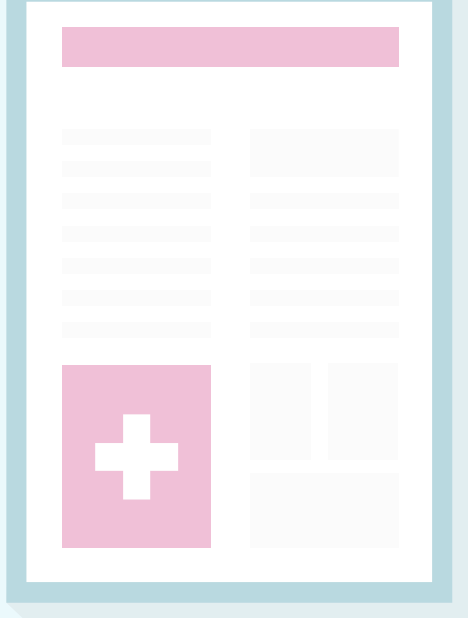
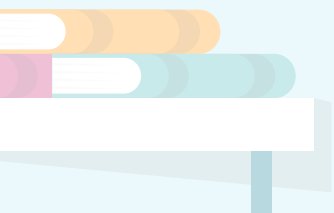






# SALA DE ESPERA





**GUÍA DE PRÁCTICA  
CLÍNICA PARA  
EL TAMIZAJE,  
DIAGNÓSTICO Y  
TRATAMIENTO  
DE LA DEPRESIÓN  
EN PERSONAS MAYORES  
DE 18 AÑOS DESDE  
EL PRIMER NIVEL  
DE ATENCIÓN**



**GUÍA TÉCNICA  
AMIGABLE**

# I. FINALIDAD

Mejorar la calidad de vida de las personas mayores de 18 años con depresión que acuden a los establecimientos de salud desde el primer nivel de atención.



## II. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía es de alcance nacional y de aplicación obligatoria en los establecimientos de salud desde el primer nivel de atención del Ministerio de Salud, a cargo de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS); y de los Gobiernos Regionales, a través de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), Gerencias Regionales de Salud (GERESA), a nivel nacional. Es referencial para los establecimientos de salud de los Gobiernos Locales, del Seguro Social de Salud (EsSalud), Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, mixtos, privados y otros prestadores de salud que forman parte del sector salud a nivel nacional.



# III. CONSIDERACIONES GENERALES

## 3.1 DEFINICIONES OPERATIVAS



- **Activación conductual:** Terapia orientada a la consecución de objetivos conductuales a través de la programación de actividades placenteras personales y/o sociales para reincorporar a las personas a sus rutinas habituales.



- **Episodio depresivo (F32):** La persona sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas “somáticos”. (CIE 10)



- **Problemas psicosociales:** Son alteraciones de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas y/o entre estas y su ambiente, por ejemplo: pautas de crianza no saludables; carencias afectivas; aprendizaje de roles estereotipados de género; pérdida de valores y del sentido de la norma; desintegración familiar, comunitaria y social; estigma y discriminación, entre otros.



- **Trastorno mental y del comportamiento:** Condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente.

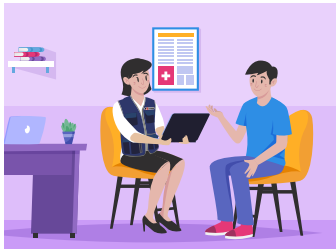
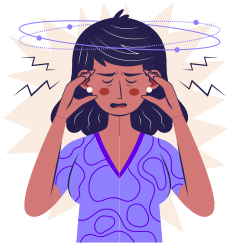


- **Plan de Atención Individualizado (PAI):** Es el conjunto de intervenciones planificadas a partir de los recursos, necesidades y/o problemas identificados en la persona usuaria tras la evaluación y diagnóstico realizado por el equipo interdisciplinario tratante del Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC) y consensuada con la persona usuaria y cuidador(a), este se encuentra descrito en la historia clínica. El PAI contiene la determinación de necesidades y/o problemas, identificación de recursos/fortalezas, formulación de objetivos e intervenciones terapéuticas, asignación de responsables, su plan de seguimiento como de evaluación.



- **Plan de Continuidad de Cuidados Individualizado (PCCI):** Es un conjunto de intervenciones que se elabora con la participación de la persona usuaria, el equipo tratante y/o cuidador(a) de manera conjunta, donde se formula la planificación de múltiples intervenciones a realizar en base a necesidades, problemas y potencialidades identificados en la evaluación.





- **Persona con discapacidad:** La que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerce o pueda verse impedida de ejercer sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de oportunidades y condiciones que los demás.
- **Terapia cognitivo conductual:** Terapia basada en la premisa que el proceso de adquisición de conocimientos y la formación de creencias, es un determinante primario del estado de ánimo y el comportamiento. Utiliza técnicas conductuales y verbales para identificar y corregir el pensamiento negativo que está en la raíz del comportamiento disfuncional.
- **Psicoterapia familiar:** Implica el tratamiento de más de un miembro de la familia simultáneamente en la misma sesión. El foco principal de esta psicoterapia son las relaciones familiares. Las técnicas se centran en las relaciones entre sus miembros más que en la persona. Uno de los objetivos fundamentales del terapeuta familiar es determinar qué función homeostática, aunque patológica, cumple la persona en ese sistema familiar concreto y enfocarlo a un estado funcional.
- **Psicoterapia grupal:** Terapia con un componente psicoeducativo, centrado en la enseñanza de técnicas y estrategias para hacer frente a los problemas que, se supone, están relacionados con la depresión; tales estrategias incluyen la mejoría de las habilidades sociales como abordaje de los pensamientos negativos, aumento de las actividades placenteras y entrenamiento de relajación.



## 3.2 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

La depresión es un proceso multifactorial, responde a variables individuales y ambientales en su inicio y/o mantenimiento. Para su comprensión las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en 2 grandes factores: individuales y ambientales.

**Factores individuales** se encuentran los factores biológicos (factores genéticos, vulnerabilidad biológica, sexo, edad y los problemas crónicos de salud), psicológicos (vulnerabilidad psicológica, antecedentes de síntomas depresivos, otros trastornos psíquicos, estrés crónico, estilo de pensamiento, los relacionados al género, rasgos de la personalidad, la afectividad negativa y los estilos de vida no saludables).

**Factores ambientales** tenemos los factores familiares (trastorno psíquico en los padres, conflictos en las relaciones familiares, situaciones de violencia intrafamiliar, estilos educativos negativos, maltrato/abuso.) y sociales (acontecimientos vitales estresantes, dificultades en las relaciones, haber sido víctima de acoso, bullying, ambiente laboral hostil, desempleo, bajo nivel de educación, bajo nivel de recursos económicos, otras circunstancias sociales adversas).



# IV. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

## 4.1 CUADRO CLÍNICO

### 4.1.1 Signos y síntomas



- Entre los signos y síntomas de la depresión considerar la presencia de síntomas del estado de ánimo, neurovegetativos, cognitivos y conductuales en al menos 2 semanas.

- **Humor depresivo o afecto depresivo:** Estado de ánimo caracterizado principalmente por diversos grados de tristeza acompañado de sentimientos de minusvalía, disminución de la valoración personal, pérdida de confianza o disminución de la autoestima y/o labilidad emocional.

- **Anhedonia:** Disminución para experimentar placer en las actividades de la vida cotidiana.

- **Disminución de la energía:** Disminución de la vitalidad, referido como cansancio injustificado, por lo general suele manifestarse más por la mañana que por la tarde.

- **Alteración del pensamiento:** Alteraciones cognitivas manifiestas en ideas pesimistas, desesperanza, culpa excesiva, autorreproche, en ocasiones ideas de muerte o de enfermedad.

- **Dificultades en la concentración:** Disminución de la capacidad para mantener la atención o tendencia a desviarse fácilmente del asunto o actividad en curso.

- **Agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva):** Marcado incremento o disminución de la actividad psicomotora.



- **Alteraciones somáticas:** Perturbaciones físicas como molestias o trastornos digestivos, estreñimiento o diarrea, dolores (cefalea, osteomusculares, precordial, etc.), astenia, cansancio, debilidad, fatiga y disfunción sexual. (23)



- **Alteraciones del sueño:** Cambios en el patrón del sueño por incremento (hipersomnía) o disminución (insomnio) tanto por su cantidad y calidad del sueño.



- **Alteraciones en el apetito:** Cambios en la actitud y comportamiento relacionado a la alimentación manifiesto en la marcada disminución o incremento con cambios en el peso corporal.

- **Ideación suicida:** Pensamientos sobre el deseo de morir; su gravedad varía en función de la especificidad de los planes suicidas.

- **Conducta suicida:** Comportamiento potencialmente lesivo y autoinfligido, en la que hay evidencia que la persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad o la persona presenta algún grado, determinado o no, de intencionalidad suicida.



## 4.1 CUADRO CLÍNICO

### 4.1.2 Interacción cronológica.



■ **En relación a la interacción del tiempo/curso de enfermedad y depresión:**

- La detección precoz de la depresión conlleva a una intervención oportuna para una menor probabilidad de desarrollar niveles severos, comorbilidades, complicaciones y cronicidad de los síntomas depresivos.



- Desde el diagnóstico de la depresión o la manifestación de sus síntomas, considerar el monitoreo y la identificación de factores contextuales que influyen tanto en el curso de la enfermedad y el tratamiento según el nivel de severidad.

- El tratamiento temprano incluye intervenciones de tipo psicofarmacológico, psicoterapéutico y psicosocial, según las características de la depresión y el perfil de severidad. Impacta en la calidad de vida de la persona y el retorno a su funcionamiento esperado.



- La depresión sin tratamiento puede derivar en un trastorno crónico y se asocia a una mayor severidad al menos en un tiempo de 2 años de seguimiento.

## 4.2 TAMIZAJE



- Es la identificación de posibles usuarios con depresión en las personas mayores de 18 años; se realiza prioritariamente en los servicios de medicina, salud sexual y reproductiva, TB, ITS/VIH – SIDA, CRED (madre, padre o cuidadores/as de niños y niñas) y cáncer; y, comprende la observación, entrevista y aplicación de instrumentos con la finalidad de detectar la presencia de síntomas depresivos.

- El tamizaje se realiza en consulta externa por el personal de la salud: Médicos generales (as), médicos(as) de familia, enfermeras(os), asistentes sociales, obstetras de los establecimientos de salud del primer nivel de atención no especializado en salud mental correspondientes a las categorías I-1 a la I-4.

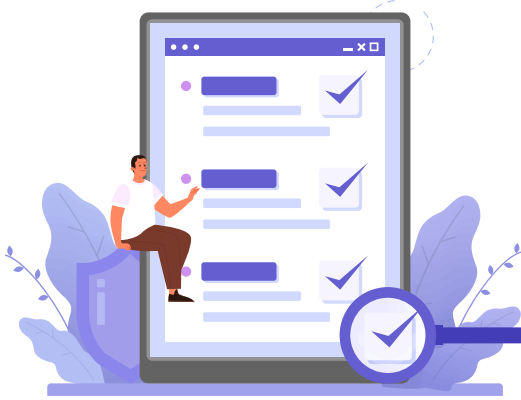
- En el proceso de detección de la depresión, se considera la presencia o concurrencia de los siguientes síntomas:

Insomnio, tristeza, bajo estado de ánimo, anhedonia, pensamientos pesimistas e ideación suicida.	Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
Antecedente de trauma previo en cualquier etapa de la vida.	Consultas frecuentes al sistema de salud.
Historia previa de episodio depresivo.	Enfermedades médicas crónicas, especialmente, cuando hay compromiso de funcionalidad (problemas cardiovasculares, diabetes, dolor crónico, trastornos neurológicos).
Historia familiar de depresión	Historia de intentos de suicidio o familiares con intento o conducta suicida.
Problemas psicosociales: desempleo, separación conyugal, eventos vitales estresantes, violencia (maltrato), entre otros.	Cambio en sus actividades con tendencia al sedentarismo.

- Se utilizan instrumentos en formato impreso o digital del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9, adultos) y la Escala de Depresión Geriátrica para adultos mayores (GDS-15). Ver Anexos 2 y 3.



- La calificación del PHQ-9 tiene un valor máximo de 27 puntos y el GDS -15 un valor máximo de 15 puntos, ambos con un punto de corte de 5 para calificar un caso positivo o negativo; por lo que, a partir de 5 preguntas positivas es un posible diagnóstico de depresión, esto es cuando se obtengan puntajes mayores o iguales a 5 preguntas con respuesta afirmativa. Ver Anexos 2 y 3.
- El tamizaje positivo en depresión indica un posible diagnóstico de depresión (no sustituye al diagnóstico).
- Todo tamizaje positivo recibe consejería en salud mental a fin de informar sobre los resultados obtenidos. Asimismo, para diagnóstico y tratamiento, se realiza la interconsulta o tele interconsulta al (a la) médico(a) y/o psicólogo(a), priorizando las necesidades del (de la) usuario/a.
- La persona con ideación, riesgo o antecedente de conducta suicida es evaluada por el/la médico(a) psiquiatra o profesional de salud mental.
- El tamizaje negativo en depresión (puntaje menor a 5) indica ausencia o mínima presencia de síntomas depresivos. Si es valorado como negativo, recibe orientación y consejería en salud mental utilizando recursos impresos, digitales o ambos.



- Si a pesar del resultado negativo, se observan signos depresivos, el personal de la salud realiza la interconsulta al servicio de salud mental del establecimiento de salud y acompaña a la persona usuaria para la evaluación correspondiente.
- Si la persona usuaria no considera necesario continuar con la atención en salud, se brinda información sobre la importancia de recibir atención y se deja constancia escrita en la historia clínica.
- Para la codificación considerar:

**Tamizaje en trastornos depresivos 96150.03**

**Tamizaje positivo en trastornos depresivos adicionar el código Z133.**

## 4.3 EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

### A. Evaluación



- La evaluación es integral.
- En los establecimientos de salud no especializados, la evaluación se realiza por médico (a) general, médico(a) de familia y/o profesional de psicología. En los CSMC, se realiza por el equipo interdisciplinario para la evaluación integral. Según sus competencias y necesidades de la persona.



- Para el trato con el(la) usuario(a) se considera la escucha activa, actitud receptiva, empatía, respeto, privacidad, y evitar juzgar.

- Se utiliza la entrevista clínica para la valoración de los signos, síntomas, soporte social, factores de vulnerabilidad, comorbilidades, fortalezas y otros aspectos asociados a la depresión, que nos permitan llegar al diagnóstico. Se considera el uso del idioma nativo, y, de ser necesario, contar con un intérprete (familiar o miembro de la comunidad o personal de la salud); en caso que el/la paciente acuda acompañado(a) de un familiar u otra persona, sería conveniente contar con su consentimiento previo para que ese acompañante sirva de intérprete o esté presente en la atención.



- Tener en cuenta los aspectos sociodemográficos y culturales que puedan afectar al desarrollo o mantenimiento de los síntomas depresivos e influir en el tratamiento, como género, la familia, la red social o el estigma percibido, entre otros.

- En la evaluación de la depresión en personas adultas y adultas mayores se prioriza la identificación de vulnerabilidad, comorbilidad, problemas psicosociales asociados, limitaciones sensoriales o deterioro cognitivo en las poblaciones.



- Las escalas o instrumentos de evaluación del ánimo o de depresión aportan una información complementaria en la evaluación diagnóstica, y no sustituyen a la valoración clínica.
- Se utilizan instrumentos en formato impreso o digital del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9, adultos) y la Escala de Depresión Geriátrica para personas adultas mayores (GDS-15).
- Los/as profesionales de la salud mental, de considerar necesario, aplican otras escalas complementarias para valorar el impacto funcional, familiar, sexual, social y la calidad de vida del/de la usuaria(a).
- Se consignan los datos de la evaluación en la historia clínica del/del usuario(a).

## B. Diagnóstico

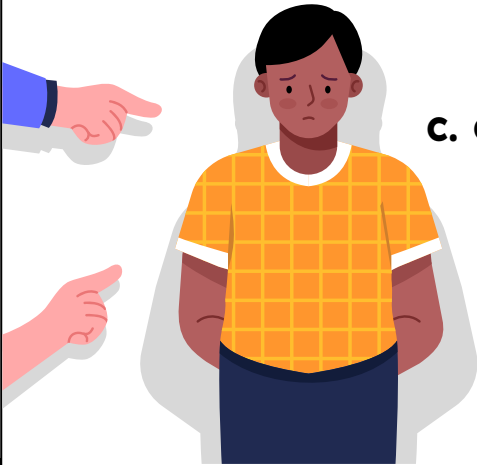


- El diagnóstico es clínico y se basa en la evaluación integral de la persona.
- La realiza el/la profesional médico(a) cirujano(a) y médico(a) especialista.
- El equipo interdisciplinario participa según sus competencias.
- Utilizar los criterios de la CIE 10 de la Organización Mundial de la Salud.
- Para el diagnóstico diferencial considerar datos de la anamnesis, examen físico y mental, pruebas de laboratorio y otras comorbilidades médicas. Ver literal C criterios diagnósticos.



- El(la) médico(a) cirujano(a) o médico(a) especialista, de considerar necesario, utiliza instrumentos (escalas, cuestionarios) que aportan información complementaria, esto no sustituye a la valoración clínica.
- En el proceso de diagnóstico de la depresión descartar trastorno bipolar en base a los criterios clínicos.





### C. Criterios diagnósticos

- Los criterios clínicos para el diagnóstico corresponden a la CIE 10.
- La categoría F32, Episodio Depresivo, de la CIE 10 considera los criterios generales (CG):

#### CRITERIOS GENERALES A

**CG1.** El episodio depresivo dura al menos 2 semanas.

**CG2.** No ha habido síntomas hipomaníacos o maníacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaníaco o maníaco en ningún período de la vida del individuo.

**CG3.** Criterio de exclusión con más frecuencia: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.



#### CRITERIOS B

**(1)** Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas

**(2)** Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras

**(3)** Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad

#### CRITERIOS C

**(1)** Pérdida de confianza o disminución de la autoestima

**(2)** Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada

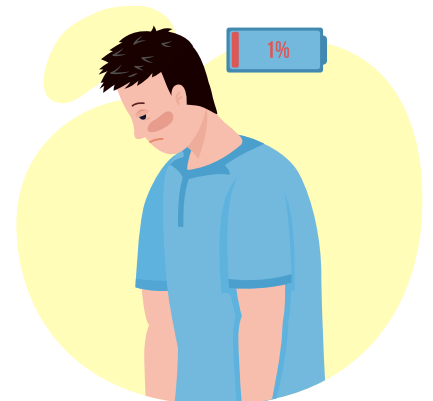
**(3)** Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida

**(4)** Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación

**(5)** Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva)

**(6)** Cualquier tipo de alteración del sueño

**(7)** Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso







#### CRITERIOS D

(1) Ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia

(2) Estupor depresivo

- Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos, denominados “somáticos” tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se usan términos como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos). Se usa un quinto carácter en la codificación del CIE 10 para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático.

#### Para codificar el síndrome somático están presentes 4 de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes actividades que normalmente eran placenteras.
2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente provocan una respuesta emocional.
3. Despertarse en la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual.
4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
5. Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas).
6. Pérdida marcada de apetito.
7. Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes).
8. Notable disminución de la libido.



- Tener en cuenta las subcategorías del Episodio depresivo F32 corresponden a:

- Episodio Depresivo leve (F32.0).
- Episodio Depresivo moderado (F32.1)
- Episodio Depresivo grave o severo, sin síntomas psicóticos (F32.2)
- Episodio Depresivo grave o severo, con síntomas psicóticos (F32.3)
- Otros episodios depresivos (F32.8)
- Episodio depresivo sin especificación (F32.9)

F32 EPISODIO DEPRESIVO - CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE 10 POR SUBCATEGORIAS					
SÍNTOMAS		F32.0 Episodio depresivo leve	F32.1 Episodio depresivo moderado	F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
CRITERIOS	<b>Criterios A</b>	Se cumple	Se cumple	Se cumple	Se cumple
	<b>Criterios B</b>	Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 síntomas descritos.	Presencia de, por lo menos, 2 de los 3.	Presencia de los 3 síntomas descritos	Se cumple los criterios de episodio depresivo grave. No se cumplen los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) ni de trastorno esquizoafectivo (F25.1).
	<b>Criterios C</b>	Además, está presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total de cuatro.	Presencia de síntomas adicionales de está lista, para sumar un total de al menos 6 síntomas.	Presencia de síntomas adicionales de está lista para sumar un total de al menos 8.	
	<b>Criterios D</b>	Ausencia	Ausencia	Ausencia	Presencia de cualquiera de los dos síntomas.



- Debido a la existencia de diferentes factores que pueden afectar el desarrollo, curso y gravedad de la depresión, se recomienda explorar como parte de la formulación del caso la dimensión personal-social y de riesgo de daño.
- De ser necesario, utilizar otros recursos o instrumentos de valoración clínica.
- Finalizado el diagnóstico:
  - Se registra en la historia clínica el nivel de severidad, la valoración del instrumento correspondiente y las indicaciones terapéuticas.
  - En los CSMC, según la severidad de la depresión, se formula PAI o el PCCI.

## D. Diagnóstico diferencial

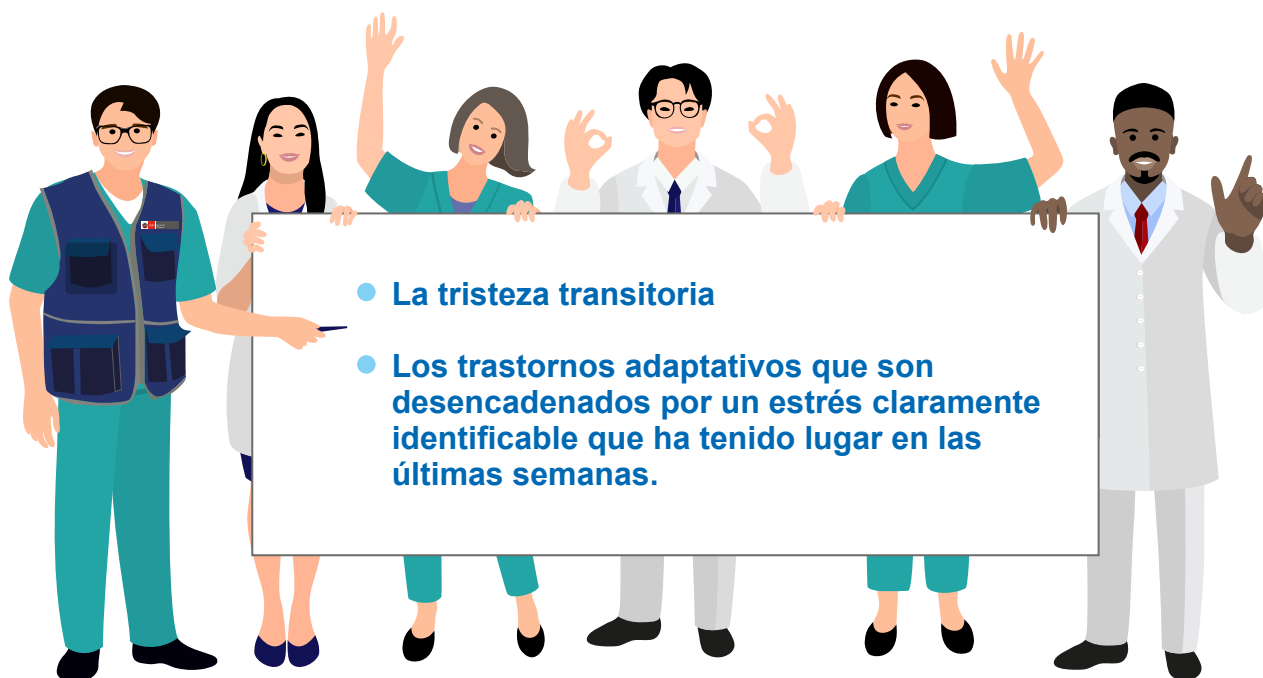


Descartar enfermedades físicas y/o mentales, y otras asociadas a sustancias o medicamentos que puedan asemejar depresión:

- **Endocrinas metabólicas:** Hipo-hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, diabetes mellitus inmunológica, enfermedad de Cushing (hiperadrenalismo), enfermedad de Addison (insuficiencia adrenal), porfiria.
- **Infecciosas:** COVID-19, tuberculosis, VIH, SIDA, neumonía viral, hepatitis viral, mononucleosis infecciosa, sífilis terciaria.
- **Neurológicas:** Esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, traumatismo craneoencefálico, crisis convulsivas parciales complejas (epilepsia del lóbulo temporal), tumores cerebrales, enfermedad cerebrovascular, enfermedades neurodegenerativas, demencias, apnea del sueño.

- **Neoplásicas:** Cáncer de cabeza de páncreas, carcinomatosis diseminada.
- **Nutricionales:** Deficiencias vitamínicas (B12, C, ácido fólico, niacina, tiamina).
- **Inmunológicas:** Lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide.
- **Farmacológicas:** Uso de corticosteroides, anticonceptivos, reserpina, a-metildopa; anticolinesterasas, insecticidas, abstinencia anfetamínica, cimetidina, indometacina, fenotiazinas, talio, mercurio, cicloserina, vincristina, vinblastina.
- **Otros:** Dolor crónico.

### Descartar otras condiciones similares:



- La tristeza transitoria
- Los trastornos adaptativos que son desencadenados por un estrés claramente identificable que ha tenido lugar en las últimas semanas.



## Diferenciar el episodio depresivo del trastorno bipolar:

- La distinción entre un trastorno depresivo y trastorno bipolar con episodio actual depresivo es importante para el manejo adecuado.
- Descartar Trastorno Bipolar, si la persona está actualmente deprimida, como en un episodio depresivo de gravedad leve o moderada (F32.0 o F32.1), y ha padecido al menos un episodio afectivo comprobado de hipomanía, manía o trastorno del humor (afectivo) mixto en el pasado. (CIE 10)
- En el trastorno bipolar, los niveles de actividad y funcionalidad de la persona están significativamente alterados, en algunas ocasiones, en un humor elevado, aumento excesivo de la energía y la actividad, como es el caso de la manía, o en menor intensidad, como ocurre en la hipomanía; y en otras, en un humor bajo, una disminución de la energía y la actividad como en la depresión.
- Tener en cuenta que el uso de antidepresivos en el trastorno bipolar con episodio actual depresivo puede implicar riesgo de empeoramiento del cuadro clínico presentando mayor irritabilidad, fluctuación del ánimo, resistencia al tratamiento e incluso conducta suicida, por lo que es importante diferenciar el diagnóstico.



## E. Comorbilidades

- Identificar otros trastornos en salud mental, enfermedades somáticas, crónicas, sistémicas y/o degenerativas que suelen presentarse en comorbilidad a la depresión. Estas son:



- **Enfermedad de Alzheimer:** Los trastornos depresivos muestran un alto grado de solapamiento con las demencias y pueden reducir aún más el funcionamiento cognitivo y la calidad de vida.



- **Cáncer:** En el cáncer, la multimorbilidad es común y, se presentan tanto enfermedades crónicas y trastornos mentales de manera comórbida. Entre los tipos de cáncer, el de mama es el más asociado con depresión y ansiedad.



- **Diabetes:** Las personas con diagnóstico de diabetes tienen entre 2 a 3 veces más probabilidad de tener depresión que las personas que no tienen diabetes, la correlación es particularmente fuerte debido a las numerosas complicaciones de este padecimiento, así como a los cambios en el estilo de vida que tienen que hacer quienes la padecen.



- **Enfermedad cardiovascular:** Reportes epidemiológicos señalan la presentación de trastornos depresivos junto a enfermedades cardíacas en 25% aproximadamente y que sólo la mitad de ellos recibe tratamiento antidepresivo. La depresión puede tener un impacto negativo en el curso de la enfermedad de arteria coronaria. (43)



- **VIH/SIDA:** Las personas con VIH tienen altos niveles de depresión comórbida durante el curso de su enfermedad. Los adultos mayores con VIH pueden ser más susceptibles a la ansiedad, estigma, soledad y la ideación suicida.



- **Ansiedad:** La comorbilidad entre la depresión y la ansiedad es muy frecuente y es considerada como un predictor de cronicidad.



- **Uso y abuso de sustancias:** La comorbilidad con depresión (en diferentes niveles de severidad) muestra alta y persistente prevalencia.



- **Tuberculosis:** La tuberculosis tiene un fuerte impacto en la salud mental y el bienestar psicosocial. Un estudio encontró que el 22,4% de los pacientes con tuberculosis sufría trastornos mentales y el 20,4% consumía alcohol o drogas.



- **Discapacidad:** En el último estudio de Carga de Enfermedad del 2016, del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), los trastornos mentales y del comportamiento ocuparon el primer lugar de años de vida perdidos por discapacidad (AVD), produciendo una pérdida de 6'668,144 años (12.7% del total de AVD), que representa una razón de 21.2 por mil habitantes. Siendo la depresión unipolar la que produce mayor pérdida de años de vida por discapacidad, constituyéndose en un problema de salud pública.



- **Discapacidad física:** Los adultos con discapacidad, reportan con más frecuencia depresión y ansiedad (rango de 8,4% a 44%) comparado con la población sana; y, es mayor la angustia o distrés mental (70%) entre los que viven por debajo del nivel de pobreza de hogares en comparación con los de mayores ingresos.

## 4.4 EXÁMENES AUXILIARES

- No se realizan exámenes de laboratorio ni de imágenes para el diagnóstico de depresión.
- Si hay una presunción diagnóstica o sospecha de trastornos asociados o comorbilidad se solicita exámenes según sea necesario para la otra condición, como hemograma completo, perfil tiroideo, orina de 24 horas, dosaje de litio, metabolitos en sangre y orina, perfil hepático, glucosa, perfil lipídico, perfil renal, entre otros; de acuerdo con la sospecha de comorbilidad.



## 4.5 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

### 4.5.1 Medidas generales y preventivas

#### EESS del primer nivel de atención y CSMC

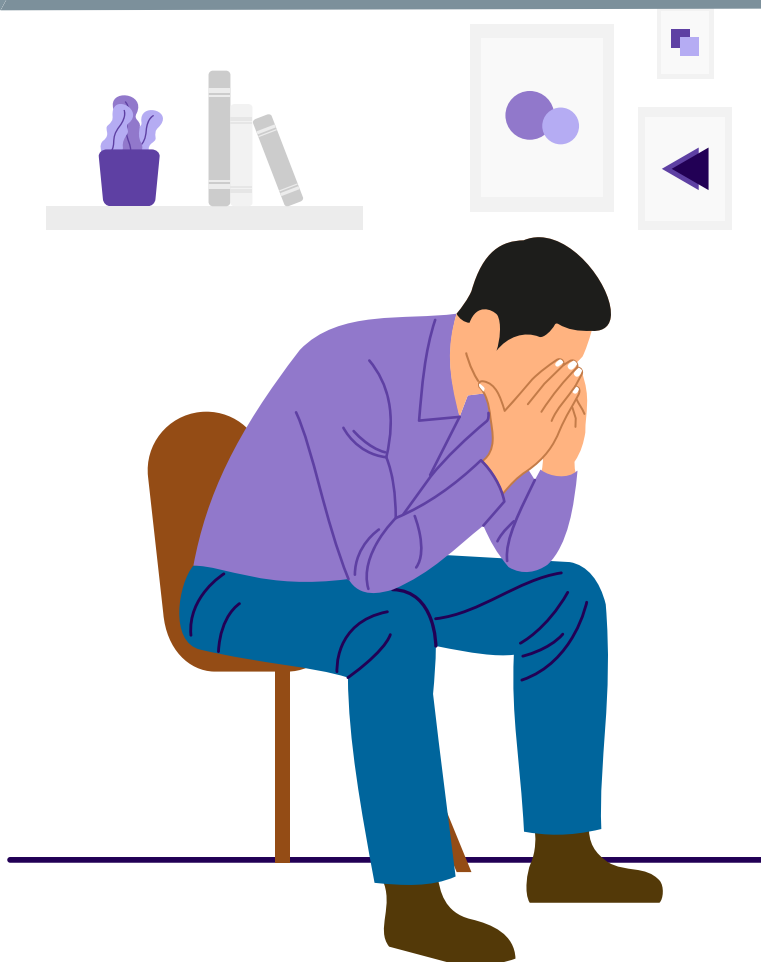
- Articulan su labor según capacidad resolutive y las necesidades de la población usuaria.
- Implementan intervenciones orientadas a promover: Familias con conocimientos de prácticas saludables para la prevención de trastornos mentales y prevención de problemas psicosociales.
- Realizan actividades de promoción y prevención de la salud mental y son responsables del (de la) profesional de psicología y/o enfermería.

#### Actividades de promoción y prevención de la salud mental:

- Se realiza a grupos de riesgo.
- Promueven el cuidado y autocuidado en salud.
- Concientizan y sensibilizan para lograr la reducción del estigma.
- Promueven la actividad física y estilos de vida saludable.
- Realizan psicoeducación sobre depresión, el cuidado y autocuidado de la salud mental con enfoque comunitario.
- Tamizaje en la persona usuaria.
- En las personas con depresión que presenten, además discapacidad, se realiza el seguimiento y de acuerdo a sus necesidades, rehabilitación para evitar su progresión.
- Implementan consejería en salud mental, para el cuidado psicoafectivo en la familia, con énfasis en el apego seguro de madre e hijo/a.
- Detección precoz de la depresión post parto e identificación de signos de alarma de la depresión en algún miembro de la familia.
- Promueven la participación activa de los actores de la comunidad, Implementan estrategias para la promoción de la salud mental, fortaleciendo la convivencia saludable con énfasis en habilidades de afrontamiento y resolución de conflictos en las familias, en la relación de pareja.
- Promueven estrategias de promoción de la salud mental y prevención de la violencia de género, en las familias y la comunidad.

## EESS del II y III nivel atienden a las personas con depresión

- En caso de no haber especialistas de salud mental en el primer nivel.
- En situaciones de emergencia.
- Con riesgo suicida moderado, severo o extremo o alto riesgo suicida, conducta suicida, riesgo de auto y heteroagresión, con o sin psicosis, necesidad de manejo en ambiente controlado o tratamiento con terapia electroconvulsiva, o con síndrome serotoninérgico con síntomas severos.
- El/la médico(a) psiquiatra o, en su ausencia, el/la médico(a) cirujano(a) evalúa en forma integral a la persona usuaria y selecciona el fármaco antidepressivo.
- Elabora el plan de atención en salud mental con la participación y consentimiento informado de la persona usuaria.
- Internamiento no dura más de 72 h.
- La hospitalización se considera previa evaluación de la respuesta y necesidades terapéuticas del (de la) usuario(a) y es consignada por el(la) médico(a) tratante. De ser mayor a 30 días se requiere la actualización del consentimiento informado y la determinación de la junta médica psiquiátrica del hospital; que reevalúa la condición y necesidades de la persona usuaria para determinar la mejor alternativa terapéutica.
- Al alta médica el hospital realiza la contrarreferencia al establecimiento de salud más cercano al domicilio de la persona usuaria que cuente con servicios de salud mental para asegurar la continuidad de la atención.



## 4.5.2. Tratamiento

### Generalidades:

- Implica una visión integral, clínica y psicosocial, con enfoque intercultural y comunitario, llevado a cabo por equipos multidisciplinarios.
- En adultos mayores considerar las particularidades del curso de vida, así como las comorbilidades presentes y el uso previo de polifarmacia.



- En todos los establecimientos de salud (nivel I, II, y III), la atención se realiza considerando la severidad del cuadro, la refractariedad, comorbilidades, persistencia de la sintomatología, género, actividad sexual, curso de vida, los recursos individuales y factores externos que influyen en el caso. Incluye metas del tratamiento y las preferencias del (de la) usuario(a).
- El tratamiento se estructura en un PAI que es consensuado con cada persona usuaria y debe consignarse en la historia clínica.
- Al inicio del tratamiento y en todos los establecimientos de salud (nivel I, II y III), se solicita el consentimiento informado de atención a la persona usuaria.
- Las intervenciones para depresión son la consejería, la psicoeducación, psicoterapia individual, intervención familiar y grupal, y es realizada por los(as) profesionales de salud mental, según nivel de severidad de la depresión y capacidad resolutoria del establecimiento de salud.





- Se programa un plan de actividad física consensuado con el(la) usuario(a).
- Se promueven estilos de vida saludables.
- Se requiere del consentimiento del(la) usuario(a) para la formulación del PCCI y participación de sus familiares y allegados en la toma de decisiones sobre el tratamiento.
- Se informa sobre la existencia de asociaciones o grupos de ayuda mutua para usuarios(as) y los recursos con los que pueda contar desde su comunidad.
- Se promueve la formación de asociaciones o grupos de ayuda mutua de personas usuarias y familiares.
- Se promueve la adherencia a la intervención y/o tratamiento para garantizar la provisión de los servicios y continuidad de cuidados en salud mental.
- Para valorar la remisión y disminución de la de la sintomatología se aplica el PHQ-9 o GDS-15, según corresponda, cuyos valores se comparan con los resultados iniciales de la aplicación de dicha prueba.



## A. Intervenciones para la depresión leve



- Se realiza por el personal de la salud de servicios de medicina, psicología y enfermería del establecimiento de salud del primer nivel (I-1 al I-4), no especializado en salud mental, según capacidad resolutive y competencias profesionales.
- Comprende consultas médicas y/o psicológicas, sesiones de psicoeducación y consejería.
- El tratamiento inicial consiste en intervenciones no farmacológicas: consejería y psicoeducación.
- El(la) profesional de psicología brinda consejería de 4 a 6 sesiones, con una duración aproximada de 45 minutos por cada sesión, para desarrollar en la persona habilidades de resolución de problemas que le permitan enfrentar su situación de conflicto actual y a futuro.



- El(la) profesional de psicología brinda psicoeducación en un rango posible de 4 a 6 sesiones, con una duración aproximada de 45 minutos por cada sesión, dirigida a fortalecer recursos y habilidades propias de la persona para hacerle frente a la enfermedad, responsabilizarse de su tratamiento tomando un rol activo, fomentar su autocuidado y el uso de recursos externos.
- Las sesiones de psicoeducación y/o consejería son provistas de forma activa o pasiva. En las sesiones de tipo activa se brinda soporte emocional e información de manera participativa, oral y con retroalimentación constante de su avance. En las sesiones de tipo pasiva, se utiliza material y/o recursos impresos o digitales de tipo audiovisual.



- En ambas intervenciones, se dispone de 2 tipos de sesión según número de participantes:
  - Individual: Tiene una duración de 45 minutos con el usuario.
  - Grupal: Tiene una duración de 90 minutos.
- A nivel de psicoterapia, en depresión leve se utiliza la activación conductual y se complementa con intervenciones considerando a la persona, su entorno familiar, comunitario y social. Comprende la psicoeducación, actividades que busquen reducir el estrés y movilización de redes de apoyo, promover el funcionamiento adecuado en las actividades diarias.
  - Dichas intervenciones utilizan la modalidad presencial, de telemonitoreo (código para registrar: 99499.10) y teleorientación (código para registro, teleorientación síncrona: 99499.08), de acuerdo a la factibilidad y se utiliza el formato único de atención – FUAT.
- De no existir respuesta favorable a la intervención realizada en un rango de 2 a 4 semanas, reevaluar el caso para replantear las intervenciones. Plantee la discusión del caso clínico con el equipo especializado del CSMC (acompañamiento clínico psicosocial) y, de ser necesario, realizar la referencia a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.

- De indicarse la referencia, asegurar el primer contacto entre la persona y el establecimiento de salud referido, previa coordinación vía telefónica u otro medio digital verificable.
- En el caso que la persona usuaria manifieste el deseo de no recibir la intervención, se recomienda clarificar el objeto y naturaleza de la intervención, así como reforzar la adherencia, fomentar el sentido de autocuidado y cuidado de la salud mental en los servicios de su establecimiento de salud.
- Cuando persistan los síntomas depresivos considerar tratamiento psicofarmacológico.
- Cuando la persona acuda a un CSMC y es diagnosticado con depresión de nivel leve, recibe una consulta de evaluación especializada en salud mental y se refiere al establecimiento de salud de su jurisdicción para la continuidad de su tratamiento.



## B. Intervenciones para depresión moderada o severa

- Brindar consejería, psicoeducación y tratamiento a la persona de acuerdo a sus necesidades, en modalidad presencial y/o virtual.
- El tratamiento comprende el uso de psicofármacos y psicoterapia.
- Incluye visita domiciliaria de acuerdo a la evaluación del caso.
- La atención es realizada por el equipo multidisciplinario de los CSMC, así como en establecimientos de salud que cuenten con personal con competencias para el abordaje de los problemas de salud mental.
- Se elabora con el(la) usuario(a) y/o familiar, el PAI que incluye el paquete de atención integral de salud, las metas y duración del mismo.



## C. Tratamiento farmacológico

### Tratamiento con Psicofármacos



Indicado para tratamiento de depresión moderado - severo



Indicado por el psiquiatra, médico de familia o médico cirujano y el químico farmacéutico, quienes realizan la dispensación.



El(la) médico(a) tratante informa a la persona usuaria y a su acompañante sobre los beneficios y posibles efectos adversos del tratamiento



La selección del fármaco antidepresivo se basa en la sintomatología, nivel de severidad, presencia de comorbilidad, efectos adversos, disponibilidad del fármaco.



El tratamiento en primera línea incluye fármacos del grupo de Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina (**ISRS**: fluoxetina y sertralina).



En caso de no tener respuesta favorable al tratamiento, reformular el mismo y/o realizar la gestión para la adquisición de otros fármacos **ISRS** a través del Comité Farmacológico de la red de servicios de salud de la jurisdicción.



Según criterio clínico y bajo consideraciones particulares, considerar el uso de otros antidepresivos.



Durante el embarazo y la lactancia, en la medida de lo posible evitar los antidepresivos y considerar utilizar la dosis mínima efectiva de ser necesario.



En personas adultas mayores con enfermedades cardiovasculares no se recomienda indicar amitriptilina



Los **ISRS** tienen mayor tolerabilidad por menores efectos colaterales que los antidepresivos tricíclicos (**ATC**).

**Medicamentos esenciales utilizados en trastornos afectivos (54) (55)**

Fármaco ISRS	Rango de dosis	Dosis mínima inicial	Dosis de mantenimiento
<b>Primera línea</b>		Iniciar con la mitad de dosis mínima por 6 días. El incremento de la dosis es progresivo según respuesta.	Valorar la mejoría clínica de respuesta al tratamiento.
Sertralina Fluoxetina	50 – 200 mg diarios 20 – 60 mg diarios		
<b>Segunda línea</b>		Iniciar con la mitad de dosis mínima por 6 días. El incremento de la dosis es progresivo según respuesta.	Valorar la mejoría clínica de respuesta al tratamiento.
Citalopram Escitalopram Paroxetina	20 - 40 mg diarios 10 - 20 mg diarios 20 a 50 mg diarios		
<b>Efectos secundarios</b>			
<p>Insomnio, cefalea, mareos, molestias gastrointestinales, disfunción sexual y alteración del apetito.  <b>Síntomas de discontinuación:</b> Condición pseudogripal, malestar, náusea, cefaleas, parestesias, vértigos, agitación y depresión de rebote.  <b>Síntomas graves:</b> Alteración de la coagulación, estupor, convulsiones y coma.</p>			
<b>Retiro de medicación</b>			
Es gradual, semanalmente disminuir el 25% la dosis indicada.			

Adaptado de Manual de psicofarmacología Clínica de Alan Schatzberg (56-58)



- El(la) profesional médico(a), teniendo en cuenta el perfil de la persona usuaria, la respuesta clínica al tratamiento y evolución de síntomas depresivos, considera la prescripción de mirtazapina. (Ver tabla adjunta)

**Tabla: Consideraciones para el uso de Mirtazapina**

Fármaco	Concentración	Rango de dosis	Dosis mínima inicial	Dosis de mantenimiento
Mirtazapina	30mg	15-45mg	Iniciar con 15mg una vez al día, aproximadamente 1hr antes de dormir. El incremento de la dosis es cada 2 sem. según respuesta, hasta una dosis máxima de 45mg/día	Se ajusta la dosis hasta lograr los efectos deseados, considerando necesidad y tolerancia
<b>Efectos secundarios</b>				
Sequedad bucal, sedación, somnolencia (a baja dosis), aumento de apetito y peso. Incremento del colesterol y triglicéridos. Vértigos. Elevación de las transaminasas hepáticas (poco frecuente)				
No se debe usar con IMAO (inhibidor de la Mono Amina oxidasa)				
<b>Retiro de medicación</b>				
Disminuir gradualmente.				

- Se valora la posibilidad de cambio o incremento de la dosis o potenciación del fármaco, según perfil y se registra en la historia clínica.
- Si presenta síntomas de ansiedad, considerar el uso de benzodiazepinas, por tiempos cortos, observando su riesgo-beneficio.
- Ante un episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3), indicar medicamentos antipsicóticos considerando el riesgo-beneficio.
- Tanto el(la) profesional médico(a) como el de enfermería realizan el seguimiento y monitoreo (visitas domiciliarias, llamadas telefónicas o consultas en el mismo establecimiento) de la administración del antidepresivo.
- Incluir estrategias de entrega y resguardo de los psicofármacos para evitar su uso inadecuado.



- En caso de riesgo de suicidio, indicar a los familiares o cuidadores(as) no dejar al alcance de la persona usuaria, los fármacos y otros elementos que impliquen riesgo o daño para su vida.

- El primer control se realiza dentro de los primeros 8 días en personas con diagnóstico de depresión severa y en depresión moderada dentro de los 15 días, a fin de evaluar la evolución del cuadro depresivo e identificar efectos secundarios asociados al tratamiento. De ser necesario, se debe reformular el plan terapéutico tanto en el PAI o el PCCI, según corresponda.

- En la fase de continuación y mantenimiento, motivar la adherencia al tratamiento y la recuperación funcional gradual, hasta llegar a su nivel óptimo, considerando otras necesidades de tratamiento adicional si lo requiere y según los objetivos trazados en el plan terapéutico (PAI o PCCI, según corresponda).

- Se realiza el seguimiento del riesgo de suicidio y se registra tanto en la historia clínica y en el mapa de riesgo en salud mental.

- **Se considera:**

- **Respuesta al tratamiento:** Cuando el tratamiento supone al menos una mejoría del 50% sobre los síntomas depresivos.

- **Remisión de síntomas depresivos:** Cuando el tratamiento antidepresivo consigue eliminar prácticamente todos los síntomas depresivos en el periodo de 6 a 12 meses de tratamiento.

- La meta del tratamiento es la remisión total de los síntomas y el restablecimiento funcional.

- **Se debe considerar particularmente:**

El(la) médico(a) tratante determina la necesidad del uso de medicamentos no considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME), y solicita al Comité Farmacológico de las DIRIS, DIRESA, GERESA y /o Redes de Salud, según corresponda, para su evaluación, aprobación e incorporación en la programación de medicamentos esenciales de salud mental y, en consecuencia, se continúe con el proceso de adquisición a través de la Unidad de Acceso y Uso de Medicamentos - SISMED correspondiente.



## D. Intervenciones psicoterapéuticas



- Las estrategias de abordaje de episodios depresivos moderados o graves son la psicoterapia en conjunto con fármacos antidepresivos.
- Para personas con depresión moderada y severa se aplican por profesionales de salud mental, psicólogo/a o personal médico con formación psicoterapéutica.
- Las terapias inician y se registran desde la sesión posterior al diagnóstico.

- Las estrategias psicoterapéuticas para el diagnóstico de depresión moderada o severa incluyen la activación conductual y la terapia cognitivo conductual.
- Para personas mayores de 60 años, brindar activación conductual bajo criterio clínico.



- Antes de iniciar la intervención, informar al(la) usuario(a) sobre el uso de la psicoterapia, su naturaleza y objetivos.
- En relación al tiempo de la sesión, considerar:
  - Sesión menor de 45 minutos para la activación conductual.
  - Sesión mayor de 45 minutos para terapia cognitiva conductual.

- Para la aplicación de la modalidad remota considerar la severidad y perfil individualizado del (de la) usuario(a) y capacidad de uso de tecnologías de la información y comunicación. De ser necesario, considerar la modalidad mixta.
- La psicoterapia de elección para la modalidad remota (telefónica o videoconferencia) es la terapia cognitivo conductual. Para su aplicación verifique la disponibilidad y acceso a los requerimientos tecnológicos y el protocolo de atención vigentes según normativa de Telesalud, que incluye:
  - Protocolo de registro en la historia clínica.
  - Consentimiento informado.
  - Equipos y conectividad.
  - Formato de monitoreo.
  - El seguimiento es realizado a través de mediadores tecnológicos como correo electrónico o mensajería digital.





- En el caso de intervenciones familiares, considere aplicar la psicoterapia multifamiliar para todos los niveles de leve, moderada o severa. La psicoterapia multifamiliar agrupa un rango de 3 a 10 familias con condiciones similares y al menos un miembro con diagnóstico de depresión durante su fase de tratamiento. Tiene por objetivo educar a las familias sobre el trastorno depresivo (evolución, curso, tratamiento y rehabilitación), facilitar el mejor afronte o resolución de problemas, desarrollo de habilidades comunicacionales, a fin de integrar a la familia como núcleo efectivo de soporte a la persona con depresión.
- De acuerdo a la necesidad del (de la) usuario(a) y valoración clínica, integrar a la persona a grupos de ayuda mutua.
- Se moviliza redes de apoyo según necesidades y perfil de la persona en tratamiento.

- Se realizan las coordinaciones para la verificación de riesgo de daño y se programa el seguimiento domiciliario por los(las) profesionales y/o técnicos(as) del establecimiento de salud, según el caso.
- Las personas con depresión severa o con conductas de riesgo suicida tienen un PCCI para asegurar el logro de los objetivos terapéuticos.
- En depresiones resistentes o refractarias, se reevalúa el diagnóstico inicial, sospechar trastorno bipolar, comorbilidad o trastorno de personalidad.
- Para toda actividad, se registra en la historia clínica la intervención, número de sesión y reporte de avance.



## E. Seguimiento y valoración de la remisión y alta clínica



- Los(as) profesionales de la salud del establecimiento de salud realizan el seguimiento de la persona con depresión a través de consultas médicas, psicológicas, de enfermería, visitas domiciliarias, llamadas telefónicas, entre otras.
- Se mantiene un seguimiento estructurado para favorecer la adherencia al tratamiento, disminuye el riesgo de recaídas y recurrencias y mejora el pronóstico.
- La segunda consulta de control se realiza antes de la cuarta semana iniciado el tratamiento, sea psicofarmacológico y/o psicoterapéutico.



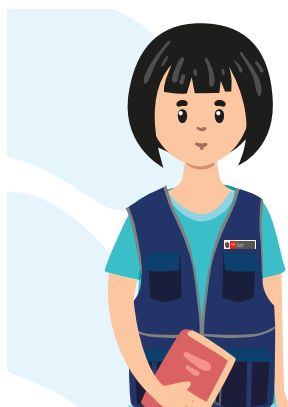
- Implica el uso de criterios clínicos basado en el CIE 10 y sus subcategorías, así como la reevaluación a través de instrumentos.
- Se utiliza un instrumento para la valoración de la severidad (estado basal y seguimiento), en adultos PHQ-9 y en personas mayores el GDS-15.
- Para determinar la remisión, respuesta al tratamiento o alta clínica, se considera:

- Criterios clínicos basados en el CIE 10 para la disminución de síntomas.
- Disminución del 50% a más del puntaje (comparado a puntaje inicial).

- Si el puntaje obtenido es mayor al 50%, se replantean los objetivos de tratamiento.

- Se utiliza la psicoeducación y técnicas cognitivo conductuales, como estrategias terapéuticas en la prevención de recurrencias y recaídas.

- Toda persona, independientemente de la gravedad de la depresión, recibe seguimiento, por lo menos, 6 meses contados desde la remisión total de los síntomas.





## F. Medidas complementarias en el tratamiento de la depresión

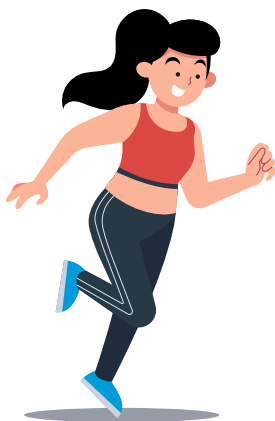
### En relación a la actividad física:

- Todo personal de la salud promueve el estilo de vida saludable desde la primera sesión de diagnóstico y tratamiento.
- Promover la actividad física en espacios públicos saludables, ambientes seguros para la práctica del deporte y sano esparcimiento para liberar tensiones y mejorar la salud física y mental.
- Prescribir la realización de actividad física como complemento a la terapia farmacológica o psicoterapia.
- Previa a la prescripción de la intervención, evaluar la condición física de la persona usuaria como indicador de vulnerabilidad o comorbilidad.
- Se identifican las preferencias y características personales que favorezcan al desarrollo de la actividad física.
- Se informan los objetivos, características, beneficios y riesgos de implementar la actividad física.
- Se prioriza recomendar caminata o carreras o trote a la medida de las condiciones de la persona.





- La duración de la actividad física recomendada es mínimo 30 minutos, 3 veces por semana.
- La recomendación es adaptada, flexible a las necesidades y características de los(as) usuarios(as).
- Observar cualquier efecto o riesgo asociado a la actividad física y reporte en la historia clínica.
- Se promueven actividades grupales para el fomento de la actividad física.



- Se indica la actividad física complementaria como parte del tratamiento de la depresión, hacia el establecimiento de un hábito saludable y como objetivo personal.
- Se realiza el monitoreo de la adherencia a la actividad física a través de un plan personalizado.
- Coordinar con el equipo multidisciplinario del establecimiento de salud donde la persona usuaria recibe atención, la implementación de recomendaciones complementarias realizadas en salud mental, así como la participación en talleres de relajación y consejería nutricional.

#### 4.5.3 Efectos adversos o colaterales en el tratamiento



- En general, la sobredosis y el riesgo de suicidio se asocian a antidepresivos tricíclicos (mayor toxicidad) que los ISRS.
- En la fase aguda, centre su atención a los efectos adversos.
- Los efectos adversos más frecuentes con el uso de ISRS son sequedad bucal, dolor de cabeza, insomnio, náusea, constipación y mareos. Los ISRS muestran mayor seguridad frente a antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO).

#### A. De los procedimientos para la notificación de las reacciones adversas a medicamentos (RAM)



- Antes de iniciar el tratamiento con medicamentos, el(la) médico(a) tratante explica a la persona usuaria las posibles RAM indicadas.
- Todos los(as) profesionales de la salud reportan todas las sospechas de RAM y envían el reporte al(la) responsable de farmacovigilancia y tecnovigilancia de su establecimiento de salud, utilizando el formato autorizado.
- Se notifican las RAM graves dentro de las 24 horas de conocido el evento; y, si es leve o moderado, en un plazo no mayor de 72 horas.
- En caso de una reacción adversa grave, alcanzar el informe de investigación de sospecha de reacción adversa grave al Comité de Farmacovigilancia correspondiente.

#### 4.5.4. Signos de alarma

##### Riesgo de suicidio

- Detectar el riesgo suicida a través de la evaluación clínica, preguntar acerca de:
  1. Características del riesgo suicida y el intento.
  2. Factores de riesgo y factores protectores.
  3. Datos de filiación incluyendo contacto personal y familiar.
- Considerar en la entrevista clínica la detección de conducta y expresiones orales que denoten pensamientos sobre el suicidio, amenaza o plan suicida.
- Evaluar a la persona en un lugar apropiado, tranquilo y silencioso. Procurar que la privacidad y la empatía faciliten la expresión de la persona y/o sus familiares o acompañantes.
- Considerar el riesgo suicida como una entidad clínica muy importante que requiere manejo urgente.
- Explorar el riesgo suicida grado leve, moderado, grave o extremo, según la siguiente tabla:



Descripción del riesgo suicida	Riesgo
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño.</li> <li>❖ No hay intención evidente o expresa.</li> <li>❖ La persona es capaz de rectificar su conducta y hacer autocrítica.</li> </ul>	LEVE
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales.</li> <li>❖ Desprendimiento de pertenencias muy valoradas para la persona con depresión.</li> <li>❖ Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro.</li> </ul>	MODERADO
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Hay una preparación concreta para hacerse un daño.</li> <li>❖ Puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de 2 factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas.</li> </ul>	GRAVE
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Varios intentos de autoeliminación con varios factores de riesgo; puede estar presente, como agravante, la autoagresión.</li> </ul>	EXTREMO



- La atención de la persona que presenta riesgo suicida de nivel leve se realiza en establecimientos de salud del primer nivel no especializados.
- Para el riesgo suicida de nivel moderado, grave y extremo, referir el caso al servicio de emergencia de un hospital o al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive para atención inmediata, previa coordinación.
- Se considera urgencia psiquiátrica a la ideación suicida persistente, intentos de suicidio previos y con ideas de muerte o suicidas actuales, existencia de factores severos de riesgo suicida (escasa o nula red de apoyo o enfermedad psiquiátrica comórbida descompensada) y el plan suicida. Debe ser atendida inmediatamente.
- En caso se identifique a una persona con riesgo o conducta suicida, se informa al familiar o acompañante para que tome las previsiones necesarias y mantenga la reserva del caso.
- Cuando exista riesgo o conducta suicida e indicación de hospitalización y no se cuenta con el consentimiento de la persona, familiar o acompañante, se notifica a la fiscalía de turno de su jurisdicción.

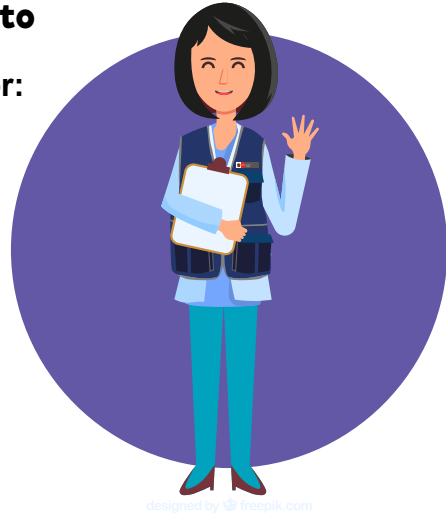




#### 4.5.5. Criterios de alta y seguimiento

Se consideran tipos de alta por:

- Alta por mejoría clínica
- Alta por abandono
- Alta voluntaria
- Alta por cambio de domicilio
- Alta por defunción.



#### 4.5.6. Pronóstico

- Mejora el pronóstico al tratar la depresión tempranamente.
- La respuesta temprana al tratamiento psicofarmacológico o psicoterapéutico, proyecta mejores resultados.
- Las enfermedades crónicas comórbidas a la depresión, otros trastornos mentales con y sin tratamiento como consumo de drogas o alcohol, trastorno de estrés postraumático, o de personalidad, muestran pronóstico poco favorable.



## 4.6. COMPLICACIONES



- Se incrementa el riesgo de suicidio o comportamientos autolesivos en el caso que la depresión no se trate a tiempo o presente factores comórbidos.
- Intentos de suicidio o muerte por suicidio se da en personas con depresión moderada o severa. Su identificación permite prevenir este riesgo.
- El síndrome serotoninérgico puede presentarse en casos con tratamiento prolongado, sobredosis de antidepresivos o consumo combinado de estos (IMAO, ATC o ISRS). En los casos graves se pueden presentar síntomas severos como agitación, estupor, coma, midriasis, diaforesis, fiebre, clonus, temblor e hiperreflexia de extremidades inferiores.
- En el caso de emergencia psiquiátrica, priorizar la estabilización de su condición vital, la prescripción de psicofármacos y monitoreo del tratamiento.
- De no contar con especialistas en salud mental en su establecimiento de salud, considere realizar la referencia a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.

## 4.7. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



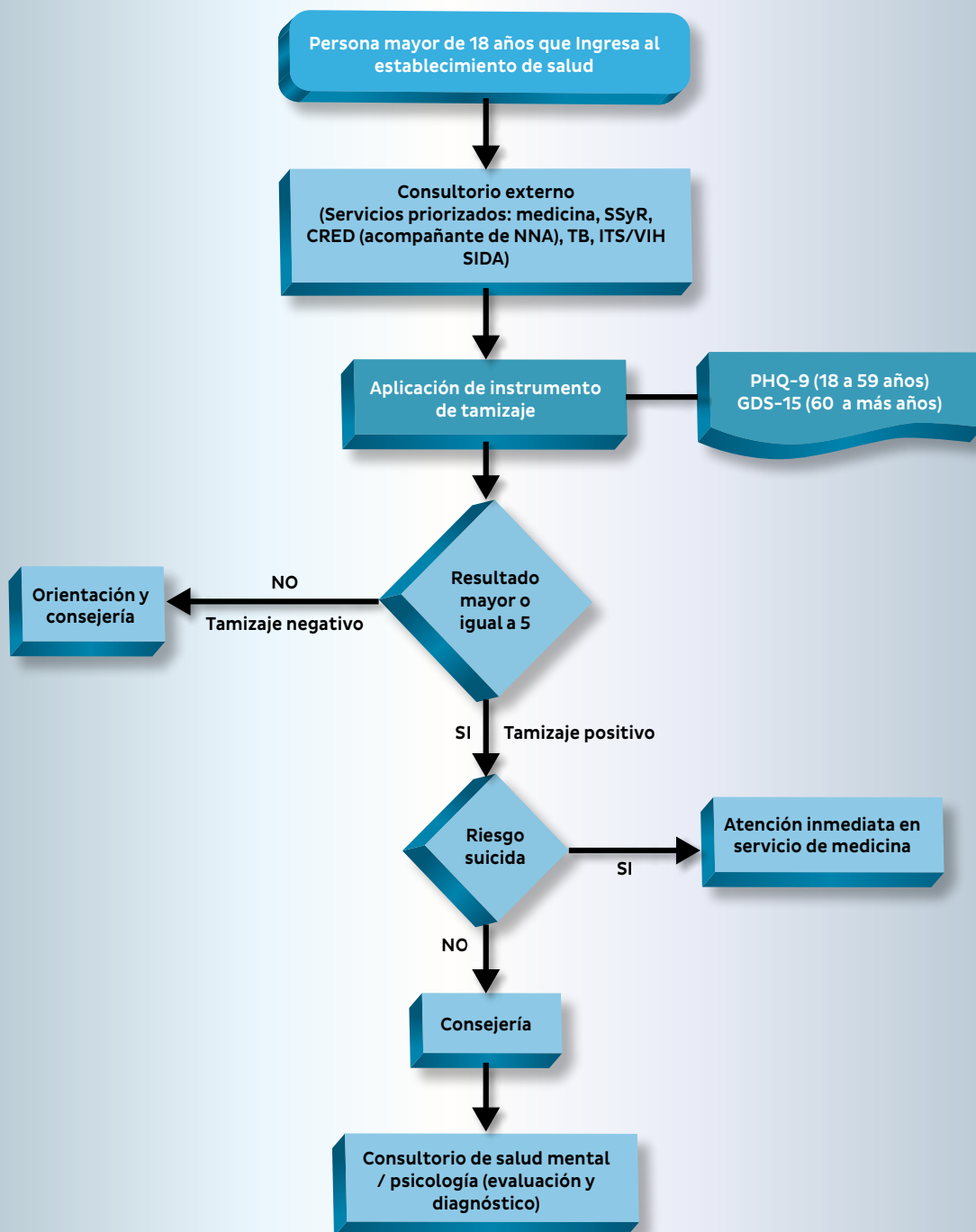
- La referencia y contrarreferencia es un procedimiento administrativo - asistencial que implica:
  - Profesional de salud responsable de la referencia o contrarreferencia.
  - Cartera de servicios.
  - Necesidades y perfil del(la) usuario(a).
  - Usuario(a) informado(a) sobre su condición de salud y motivo de referencia o contrarreferencia.
  - Confirmación del profesional que recibe la referencia y/o contrarreferencia, según corresponda.
  - Hoja de referencia y contrarreferencia completa y con firma.
- Se refiere del primer nivel no especializado al CSMC y/o el que haga sus veces, cuando exista:
  - Pobre o nula respuesta al tratamiento.
  - Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos
  - Depresión moderada a severa

- Ideación y/o planificación de suicidio.
  - Presencia de estresores psicosociales (violencia, negligencia, ausencia de redes de apoyo)
  - Presencia de síntomas incapacitantes que dificulten su adaptación social o laboral
- Se refiere al hospital a la persona usuaria, en caso de:
    - Alto riesgo suicida.
    - Conducta suicida.
    - Riesgo de auto y heteroagresión, con o sin psicosis.
    - Necesidad de manejo en ambiente controlado o tratamiento con terapia electroconvulsiva.
  - Se realiza la contrarreferencia del hospital al CSMC cuando remita la ideación o conducta suicida, con la confirmación del/de la profesional que recibe la contrarreferencia en el menor tiempo posible, vía telefónica u otro medio verificable.
  - Se realiza la contrarreferencia al primer nivel no especializado a las personas con adecuada respuesta y estabilidad en la fase de continuación o mantenimiento del tratamiento, para su monitoreo, prevención de recaídas y reinserción a la comunidad.

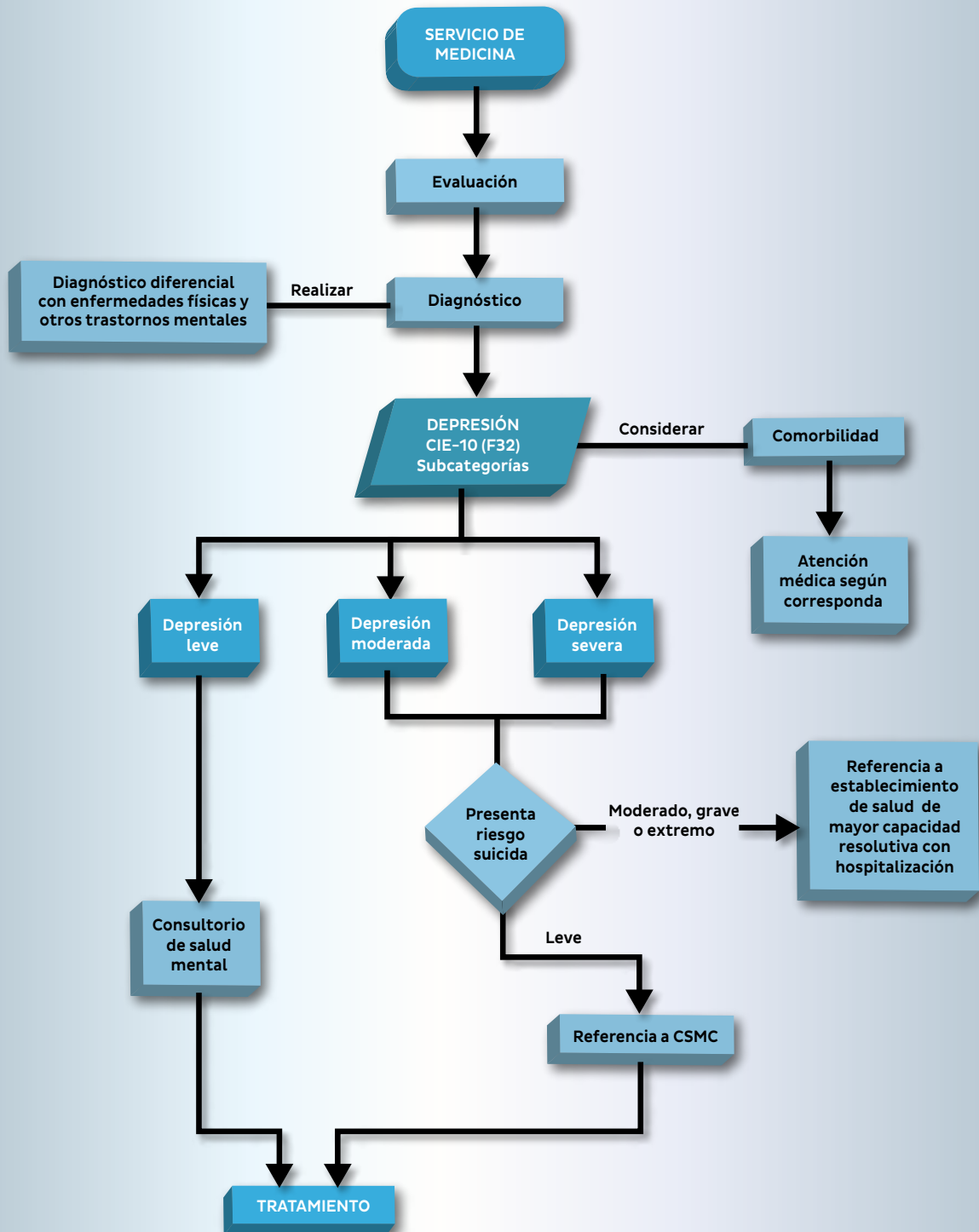


## 4.8. FLUJOGRAMAS

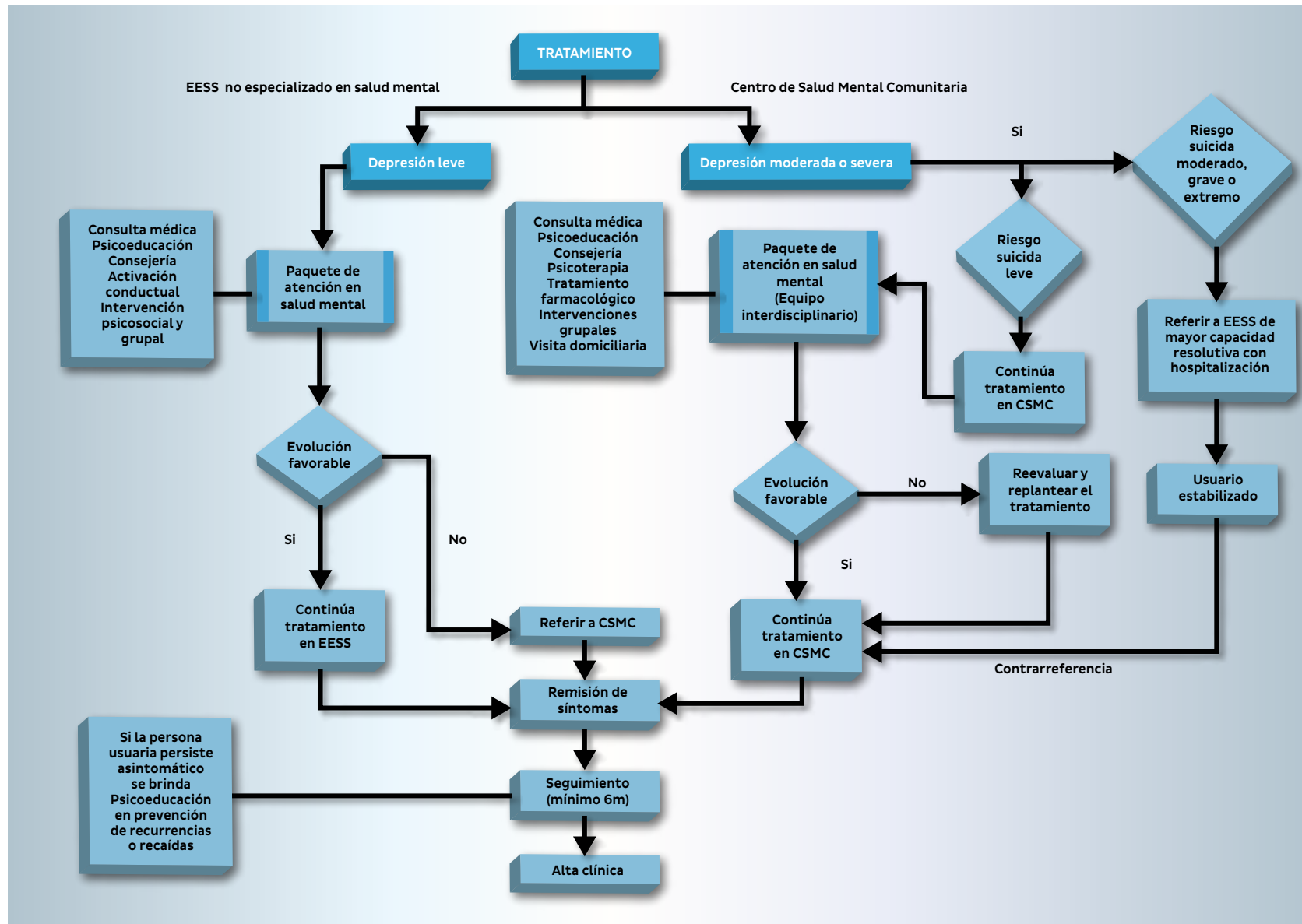
### A. FLUJOGRAMA DEL TAMIZAJE DE DEPRESIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (I-1, I-2, I-3 – no especializado, I-4)



## B. FLUJOGRAMA DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



### C. FLUJOGRAMA DE TRATAMIENTO CON INTERVENCIONES PARA DEPRESIÓN LEVE, MODERADA O SEVERA DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



**GUÍA DE PRÁCTICA  
CLÍNICA PARA  
EL TAMIZAJE,  
DIAGNÓSTICO Y  
TRATAMIENTO  
DE LA DEPRESIÓN  
EN PERSONAS MAYORES  
DE 18 AÑOS DESDE  
EL PRIMER NIVEL  
DE ATENCIÓN**

**GUÍA TÉCNICA  
AMIGABLE**





# V. ANEXO

**Anexo 2:** Escala de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)

**Anexo 3:** Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS-15)

## Anexo 2: Escala de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)

**PHQ- 9:** La escala autoadministrada de tamizaje y seguimiento *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), en español *Cuestionario de Salud del Paciente*, consta de 9 ítems y nos permite obtener un diagnóstico provisional de depresión; así como valora la severidad de los síntomas depresivos durante las 2 semanas previas a la aplicación de esta escala. (5)

Escala de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)					
En estas 2 últimas semanas ¿Usted ha sentido molestias o problemas cómo?					
Nº	Preguntas	Para nada	Varios días (1 a 6 días)	La mayoría de días (7 a 11 días)	Casi todos los días (12 a más días)
1	¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas?	0	1	2	3
2	¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?	0	1	2	3
3	¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?	0	1	2	3
4	¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?	0	1	2	3
5	¿Poco apetito o comer en exceso?	0	1	2	3
6	¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace?	0	1	2	3
7	¿Moverse más lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?	0	1	2	3
8	¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?	0	1	2	3
9	¿Sentirse mal acerca de sí misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familiar?	0	1	2	3
Sub total					
Total					
Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa o relacionarse con otras personas debido a estos problemas? (Marque con una x en la casilla que mejor lo represente)		Nada en absoluto	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

Sumar todos los ítems y obtener un puntaje total.

Puntaje	0-4	5-9	10-14	15-19	20-27
Interpretación	Mínimo o ninguna	Síntomas depresivos leves	Síntomas depresivos moderados	Síntomas depresivos moderadamente severos	Síntomas depresivos severos
Caso negativo		Caso positivo			

### Anexo 3: Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS-15)

**GDS – 15:** La Escala de Depresión Geriátrica, (Geriatric Depression Scale, GDS) cuantifica síntomas depresivos en adultos mayores. Consta de 15 ítems con un patrón de respuesta dicotómico (sí o no) que investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, durante los últimos quince días. Excluye intencionalmente los síntomas depresivos somáticos, debido a la alta prevalencia en adultos mayores, que podrían limitar la validez del cuestionario. Se da un punto a cada respuesta sugestiva de un episodio depresivo. Para diligenciar esta escala se necesitan cinco minutos, en promedio. (68) (69)

GDS-15			
Preguntas		Respuestas	
1	¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida?	SI	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades?	SI	NO
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI	NO
5	¿Tiene a menudo buen ánimo?	SI	NO
6	¿Teme que algo malo le pase?	SI	NO
7	¿Se siente feliz muchas veces?	SI	NO
8	¿Se siente a menudo abandonado?	SI	NO
9	¿Prefiere quedarse en casa a salir?	SI	NO
10	¿Cree tener más problemas de memoria que otras personas de su edad?	SI	NO
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?	SI	NO
12	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	SI	NO
13	¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14	¿Siente que su situación es desesperada?	SI	NO
15	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI	NO
Total=		Subtotal=	Subtotal=


Puntaje	0-4	5-8	9-11	12-15
Interpretación	Normal	Depresión leve	Depresión Moderada	Depresión severa
Caso negativo		Caso positivo		



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Av. Salaverry 801 - Lima - Jesús María - Perú

 (01) 315 6600



[www.gob.pe/minsa](http://www.gob.pe/minsa)